

Mairie d'Aussillon

Service restauration scolaire

BP 541

81208 AUSSILLON

Tél. : 05.63.97.71.84

e-mail : service.etatcivil@ville-aussillon.fr



FICHE D'INSCRIPTION CANTINE

A transmettre à la Maire ou par mail à service.etatcivil@ville-aussillon.fr

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

SEXE :	NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :		
ADRESSE :		
CODE POSTAL	VILLE	
ECOLE ET CLASSE FREQUENTEES :		

CHOIX DU MENU :	CLASSIQUE <input type="checkbox"/>	SANS VIANDE <input type="checkbox"/>
-----------------	------------------------------------	--------------------------------------

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?	OUI <input type="checkbox"/> Lesquelles :	NON <input type="checkbox"/>
Votre enfant suit-il un traitement médical permanent ?	OUI <input type="checkbox"/> Lequel :	NON <input type="checkbox"/>
Nom du Médecin traitant :	Tél. :	

Conformément au règlement intérieur du service municipal de restauration scolaire du 1^{er} degré, la prise de médicaments au moment de la cantine est exceptionnelle et donne lieu à l'établissement d'un Projet d'Accueil Individualisé sous la responsabilité des parents et du Médecin de Santé Scolaire.

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

CELIBATAIRE	MARIÉ	DIVORCÉ	VEUF/VE	CONCUBINAGE	SÉPARÉ	PACSÉ	UNION LIBRE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TYPE DE GARDE	MÈRE <input type="checkbox"/>	PÈRE <input type="checkbox"/>	GARDE ALTERNÉE <input type="checkbox"/>	AUTRE PERSONNE <input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------	-------------------------------	---	---

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES PARENTS

PÈRE :

SEXE :	NOM :	PRENOM :
ADRESSE :		
CODE POSTAL	VILLE	
Tél. Fixe :	Portable :	e-Mail :
PROFESSION:		
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :		Tél. professionnel

MÈRE :

SEXE :	NOM :	PRENOM :
ADRESSE : (si différente du Père)		
CODE POSTAL	VILLE	
Tél. Fixe :	Portable :	e-Mail :
PROFESSION:		
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :		Tél. professionnel

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

SEXE :	NOM :	PRENOM :
<u>Lien avec l'enfant</u> :		
Tél. Fixe :	Portable :	

DATE

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

Partie réservée à l'administration		
- ATTESTATION QUOTIENT FAMILIAL FOURNIE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>